

سلامت معنوی سالمندان مقیم سرای سالمندان و مقیم منزل

مهناز سیدالشهدایی^۱ *شهناز حشمت^۲ نعیمه سید فاطمی^۳
حمید حقانی^۴ ندا مهرداد^۵

چکیده

زمینه و هدف: پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهمترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن بیست و یکم به شمار می‌رود و این چالش بزرگ مسئولان را بر آن می‌دارد که به سلامتی این افراد به ویژه سلامت معنوی که هماهنگ کننده ابعاد مختلف زندگی است و اغلب مورد غفلت واقع می‌شود اهمیت بیشتری بدهند. هدف از این مطالعه تعیین مقایسه سلامت معنوی سالمندان مقیم سرای سالمندان و مقیم منزل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی بوده است.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی جمعا ۲۰۹ سالمند بالای ۶۵ سال مقیم سرای سالمندان کهریزک و مقیم منزل مورد پژوهش واقع شدند. روش نمونه‌گیری در مراکز بهداشتی به صورت خوشه‌ای و در کهریزک به صورت در دسترس بود. داده‌ها توسط پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه یلسون و پالوتزین جمع‌آوری شد که شامل دو قسمت سلامت مذهبی و وجودی است. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شد. به منظور بررسی رابطه بین متغیرها، آزمون تی، ANOVA و کای اسکور مورد استفاده قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره سلامت معنوی سالمندان مقیم سرای سالمندان $67 \pm 63/92$ و میانگین نمره سلامت معنوی سالمندان مقیم منزل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی $9/3 \pm 60/08$ بود. به طور کلی نمرات سلامت معنوی از نظر بعد مذهبی و وجودی در هر دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($p=0/001$).

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به نتایج این مطالعه توصیه می‌شود که عوامل مرتبط با افزایش سلامت معنوی این قشر از جامعه بویژه سالمندان مقیم منزل در مراقبت از این گروه مد نظر قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: سالمندی، سلامت معنوی، سرای سالمندان

تاریخ دریافت: ۹۲/۱/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۲/۴/۴

^۱ عضو هیئت علمی گروه داخلی و جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد داخلی جراحی پردیس بین الملل، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*مؤلف مسئول)

شماره تماس: ۰۹۱۳۱۸۶۲۳۴۱ Email: happyyyu@yahoo.com

^۳ دانشیار گروه روانپرستاری، عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

^۴ عضو هیئت علمی گروه آمار دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

^۵ استادیار گروه بهداشت جامعه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.

مقدمه

سالمندی فرایندی عمومی است که از نقطه لقاح آغاز شده و در تمام عمر ادامه می یابد بطوری که همه موجودات زنده سالمندی را تجربه می کنند^(۱). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت تعداد افراد سالمند کل جهان تا سال ۲۰۵۰ از ششصد و پنجاه میلیون به دو میلیارد نفر افزایش می یابد و با روند سریع افزایش شمار سالمندی جمعیت جهان تا سال ۲۰۵۰ از هر پنج نفر یک نفر سالمند خواهد بود^(۲). در ایران براساس سرشماری عمومی ۱۳۸۵ سالمندان بالای ۶۵ سال حدود پنج میلیون و صد و نوزده هزار و ۷۷۳٪ از کل جمعیت کشور را شامل می شدند و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰ به بیش از بیست و پنج میلیون نفر برسد که روندی سریعتر از سایر گروههای جمعیتی خواهد داشت^(۳).

سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می شود که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می کند^(۴). سلامت معنوی تجربه معنوی انسان در دو چشم انداز مختلف است: چشم انداز سلامت مذهبی که چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی شان هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است و چشم انداز سلامت وجودی بر نگرانی های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است و در مورد اینکه چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می شوند، بحث می کند^(۵). در سال ۲۰۰۹ توسط Elizabet و همکاران مطالعه ای با عنوان نقش سلامت معنوی در بهبود علائم شناختی در زنان سالمند مبتلا به افسردگی در کارولینای شمالی با هدف ارتباط جنس و علائم افسردگی با مذهب انجام شد. در رابطه با سه فاکتور توجهات مذهبی، جنسیت و نشانه های افسردگی در پیش بینی کاهش شناخت، نتایج نشان داد بیمارانی که اعتقادات مذهبی بیشتری داشتند کمتر دچار مشکلات شناختی می شدند و در بین سالمندان با افسردگی مازور، افرادی که اعتقادات مذهبی کمتری داشتند بیشتر اختلالات شناختی را از خود نشان دادند^(۶). در سال ۱۳۸۹ نتایج تحقیق جدیدی

و همکاران با عنوان «بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان کهریزک» نشان داد که اکثر افراد سطح سلامت معنوی متوسط و بالا داشته و میانگین نمره سلامت معنوی آنها $96/26 \pm 17/93$ بود و سلامت معنوی با هیچ یک از متغیرهای جمعیت شناسی ارتباطی ندارد^(۷).

تحقیقات انجام شده در دهه اخیر حاکی از آن است که توجه به نیروهای معنوی به عنوان نیازی که به سالمندان آرامش، نیرو و نشاط وصف ناپذیر می دهد مورد توجه نظریه پردازان پرستاری بوده است. آنها تاکید می کنند که تیم درمان باید از اهمیت نیازهای مذهبی در فرهنگهای مختلف اطلاع داشته و آن را در مراقبتهای سالمندان به کار گیرند و این توجه به شناخت نیازهای معنوی سالمندان را می طلبد^(۸). لذا با توجه به اهمیت فوق العاده دوران سالمندی و نقش سلامت معنوی در زندگی افراد سالمند و با هدف تعیین مقایسه سلامت معنوی سالمندان مقیم سرای سالمندان و مقیم منزل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی این مطالعه انجام گرفت.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع مقایسه ای و نمونه های مورد پژوهش ۲۰۹ نفر از افراد سالمند بالای ۶۵ سال که ۱۰۴ سالمند مقیم سرای سالمندان کهریزک و ۱۰۵ نفر مقیم منزل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی جنوب شهر تهران بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: نداشتن بیماری ناتوان کننده جسمی و روانی به صورتی که افراد سالمند مقیم منزل با پای خود مراجعه کنند (توانایی مراقبت از خود را داشته باشند که با ابزار self-care سنجیده شد). نداشتن مشکل شنوایی، سن بالای ۶۵ سال، نداشتن مشکلی برای برقراری ارتباط و فارسی زبان بودن. جهت نمونه گیری با مراجعه به سرای سالمندان کهریزک با روش نمونه گیری در دسترس، ۱۰۴ سالمند مورد پژوهش واقع شدند. برای انتخاب نمونه های مقیم منزل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی ابتدا از بین ۱۵ مرکز

یافته ها

از ۲۰۹ نمونه مورد پژوهش، ۱۰۴ سالمند ساکن سرا و ۱۰۵ نفر ساکن منزل و در مجموع ۵۷/۸۹٪ مرد و ۴۲/۱٪ زن بودند. ۶۳/۵٪ سالمندان مورد مطالعه ساکن سرا مرد و ۳۶/۵٪ زن و همچنین ۲۷/۹٪ متاهل و ۲۴٪ مجرد و ۴۸/۱٪ بیوه بودند. تعداد سالمندان متاهل در هر دو گروه بیش از سالمندان مجرد بود (جدول ۱). افراد بیسواد (۶۱/۵٪) در گروه سالمندان مقیم سالمندان و (۴۱/۹٪) از افراد در گروه مقیم منزل سواد ابتدایی داشتند (جدول ۲). ۹۹٪ سالمندان مقیم منزل و در گروه مقیم سرا (۵۳/۸٪) دارای فرزند بودند. بر اساس نتایج، تعداد سالمندانی که وضعیت اقتصادی متوسط داشتند بیش از دیگر سالمندان مورد مطالعه بود و نیز آمار سالمندان بازنشسته مقیم منزل بیش از دیگر سالمندان مورد مطالعه بود (۵۱/۴٪).

یافته های تحقیق در مورد ارتباط سلامت معنوی سالمندان مقیم سرای سالمندان کهریزک با مشخصات دموگرافیک نشان دادند که بین سلامت معنوی سالمندان و بعضی از مشخصات دموگرافیک مانند سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، داشتن فرزند، تعداد فرزند و وضعیت اقتصادی رابطه ای وجود ندارد ولی بین سلامت معنوی و دو مشخصه دموگرافیک یعنی جنس ($P=0/02$) و نوع اشتغال ($P=0/02$) رابطه معنی داری وجود دارد. آزمون آماری T-Test نشان داد که میانگین نمره سلامت معنوی در زنان سالمند مقیم سرای سالمندان بیش از مردان سالمند همان گروه می باشد ($p=0/02$) (جدول شماره ۳). آزمون آماری ANOVA نشان داد که میانگین نمره سلامت معنوی سالمندان خانه دار مقیم سرای سالمندان بیشتر از دیگر سالمندان این گروه می باشد (۶۶/۴۲) ($p=0/02$).

نتایج بدست آمده از تحقیق در مورد ارتباط سلامت معنوی سالمندان مقیم منزل با مشخصات دموگرافیک نشان داد که بین سلامت معنوی سالمندان و تمام مشخصات دموگرافیک به استثنای سن ارتباط وجود ندارد. آزمون آماری ANOVA نشان داد که میانگین نمره سلامت معنوی در گروه سالمندان مقیم منزل که در محدوده سنی

بهداشتی جنوب شهر تهران ۵ مرکز به تصادف انتخاب و سپس حجم نمونه هر مرکز متناسب با میزان مراجعه کنندگان آنها تعیین و به روش مستمر، ۱۰۵ سالمند مورد پژوهش واقع شدند. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل: سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان و وضعیت اقتصادی، پرسشنامه الیسون و پالوتزین بود. این ابزار حاوی ۲۰ پرسش بود که پاسخهای آن بر طبق مقیاس لیکرت شش قسمتی از کاملاً مخالفم با امتیاز ۱ تا کاملاً موافقم با امتیاز ۶ درجه بندی می شد. دامنه نمره سلامت معنوی بین ۱۲۰-۲۰ بود. این مقیاس شامل دو قسمت سلامت مذهبی و وجودی است که هر کدام ۱۰ پرسش را شامل شده و دامنه نمرات آن بین ۶۰-۱۰ است. مجموع نمرات حاصل به صورت ۴۰-۲۰ (سلامت معنوی در حد پایین) ۹۹-۴۱ (سلامت معنوی در حد متوسط) و ۱۲۰-۱۰۰ (سلامت معنوی در حد بالا) دسته بندی شده است. میانگین نمره بدست آمده در هر جامعه میانگین سلامت معنوی در آن جامعه را نشان می دهد. ابزار مورد استفاده توسط پژوهشگران ایرانی به کرات استفاده شده و اعتبار و اعتماد علمی آن توسط محققین فوق هنجاریابی و تایید شده بود ($I=0/82$)^(۷). به منظور رعایت نکات اخلاقی از مسئولین مراکز بهداشتی جنوب تهران و سرای سالمندان کهریزک اجازه اخذ شد و بعد از جلب موافقت آنها هدف از مطالعه برای نمونه ها بطور روشن توضیح داده شد و پس از اخذ رضایت کتبی از سالمندان اقدام به نمونه گیری شد. اطلاعات به صورت مصاحبه توسط پژوهشگر جمع آوری شد. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شد. به منظور بررسی رابطه بین متغیرها، آزمون تی، ANOVA و کای اسکوتر مورد استفاده قرار گرفت. از آزمونهای آماری t مستقل و کای دو برای مقایسه سلامت معنوی و آزمون آماری ضریب همبستگی اسپیرمن و پیرسون و کای دو جهت بررسی ارتباط بین مشخصات دموگرافیک با سلامت معنوی استفاده شد.

و $60/08 \pm 9/3$ بود (جدول ۵). آزمون آماری T مستقل نشان داد که میانگین نمره سلامت معنوی واحدهای پژوهش در دو گروه تفاوت آماری معنی دار دارند. بطوریکه نمره سلامت معنوی سالمندان مقیم سرای سالمندان کهریزک بیشتر از سالمندان مقیم منزل می باشد ($p=0/001$).

۷۹-۷۰ بودند بیشتر از سالمندان همین گروه در سنین مختلف دیگر بودند ($61/38$) ($p=0/055$) (جدول شماره ۴). میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی در دو گروه مقیم سرای سالمندان کهریزک و مقیم منزل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی جنوب شهر تهران به ترتیب $63/92 \pm 6/74$

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی وضعیت تاهل سالمندان مورد مطالعه در دو گروه سالمندان مقیم سرا و منزل - سال ۱۳۹۱

وضعیت تاهل	گروه سالمندان مقیم سرا		سالمندان مقیم منزل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
متاهل	۲۹	۲۷/۹	۷۶	۷۲/۴
مجرد	۲۵	۲۴	۰	۰
همسر از دست داده و بیوه	۵۰	۴۸/۱	۲۹	۲۷/۶
جمع	۱۰۴	۱۰۰	۱۰۵	۱۰۰
نتیجه آزمون کای اسکوتر	$df=2 \quad P<0/001$		$\chi^2=51/6$	

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی میزان تحصیلات سالمندان مورد مطالعه در دو گروه سالمندان مقیم سرا و منزل - سال ۱۳۹۱

تحصیلات	گروه سالمندان مقیم سرا		سالمندان مقیم منزل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بیسواد	۶۴	۶۱/۵	۱۲	۱۱/۴
ابتدایی	۲۵	۲۴	۴۴	۴۱/۹
دیپلم	۱۳	۱۲/۵	۳۶	۳۴/۳
دانشگاهی	۲	۱/۹	۱۳	۱۲/۴
جمع	۱۰۴	۱۰۰	۱۰۵	۱۰۰
نتیجه آزمون کای اسکوتر	$df=3 \quad P<0/001$		$\chi^2=59/6$	

جدول شماره ۳: شاخص های عددی سلامت معنوی سالمندان مقیم سرا بر حسب جنس و نتایج آزمون مقایسه میانگین ها

نتایج T - TEST	زن		مرد		متغیرهای مورد بررسی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$T=1/51$ $df=102$ $P=0/13$	۴/۷۲	۲۹/۵	۴/۸	۳۰/۹۶	سلامت مذهبی
$T=-4/5$ $df=102$ $P<0/001$	۵/۶۶	۳۶/۸۱	۵/۷۴	۳۱/۵۷	سلامت وجودی
$T=-2/83$ $df=102$ $P=0/02$	۵	۶۶/۳۱	۷/۲۵	۶۲/۵۴	سلامت معنوی

جدول شماره ۴: شاخص های عددی سلامت معنوی سالمندان مقیم منزل بر حسب سن و نتایج آزمون مقایسه میانگین ها

نتایج	سن						متغیرهای مورد بررسی
	≥۸۰	۷۰-۷۹		۶۵-۶۹			
ANOVA	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
F=۱/۹۲ P=۰/۱۵	۷/۰۹	۲۶/۸۸	۶/۳	۳۱/۱۲	۵/۱۶	۳۰/۰۹	سلامت مذهبی
F=۲/۷۸ P=۰/۰۶	۵/۴۹	۲۶/۲۲	۴/۳۹	۳۰/۲۵	۵/۱۵	۳۰/۳۳	سلامت وجودی
F=۲/۹۸ P=۰/۰۵	۱۱/۹۴	۵۳/۱۱	۹/۲۷	۶۱/۳۸	۸/۶۵	۶۰/۴۳	سلامت معنوی

جدول شماره ۵: شاخصهای عددی نمره سلامت مذهبی، وجودی و معنوی به تفکیک دو گروه مورد مطالعه و نتایج آزمون مقایسه میانگین های دو گروه

نتایج آزمون t مستقل	سالمندان منزل		سالمندان سرای سالمندان		گروه نمره سلامت
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
t=۰/۴۲۱ df=۲۰۷ P=۰/۶۷۴	۵/۷۵	۳۰/۱۲	۴/۸	۳۰/۴۳	سلامت مذهبی
t=۴/۴۹۷ df=۲۰۷ p<۰/۰۰۱	۵/۰۵	۲۹/۹۶	۶/۲۲	۳۳/۴۹	سلامت وجودی
t=۳/۴۱ df=۲۰۷ P=۰/۰۰۱	۹/۳	۶۰/۰۸	۶/۷۴	۶۳/۹۲	سلامت معنوی

بحث و نتیجه گیری

دل و بازگویی مشکلات، به میزان زیادی از فشار درونی خود بکاهند و این موضوع تاثیر بسیار مهمی در ارتقاء سلامت معنوی سالمندان خواهد داشت. تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که توجه به نیروهای معنوی به عنوان نیازی که به سالمندان آرامش، نیرو و نشاط وصف ناپذیر می دهد بسیار با اهمیت می باشد و آنها تاکید می کنند که تیم مراقبت و درمان باید از اهمیت نیازهای مذهبی در فرهنگ های مختلف اطلاع داشته و آن را در مراقبتهای سالمندان مد نظر قرار دهند و این توجه به شناخت نیازهای معنوی سالمندان را می طلبد^(۹).

Koenning و همکاران نیز معتقدند که در موقعیتهای تنش زا به ویژه مسائل مرتبط با سلامتی، معنویت منبع مهم سازگاری به شمار می رود^(۱۰). در عین حال علیرغم

از عواملی که می تواند در ارتقا سطح سلامت معنوی افراد مقیم سرای سالمندان موثر باشد، زندگی برنامه ریزی شده این افراد می باشد که موجب می شود جنبه های مختلف زندگی را تجربه کنند. از جمله آشنایی با مفاهیم اعتقادی، فرهنگی و روحانی که در برنامه های مختلف به آنها ارائه می گردد. همچنین مصاحبت با افراد هم سن و گفتگو در مورد فراز و نشیب های زندگی و تجربیات گذشته باعث ایجاد خودباوری و رضایت از زندگی می گردد. همچنین زندگی و هم نشینی با افراد هم سن باعث القاء این حس می گردد که سختی ها و مشکلات زندگی تنها مختص آنها نیست و افرادی نیز وجود دارند که با چنین مشکلاتی مواجه باشند و این وجه مشترک باعث می گردد تا با درد

تلاشهایی که در طی سالیان اخیر در جهت ارتقاء سطح سلامت معنوی سالمندان صورت گرفته ولی هنوز تا رسیدن به نقطه ایده ال فاصله زیادی وجود دارد به طوری که در مطالعه حاضر هیچ یک از افراد مقیم سرای سالمندان و مقیم منزل دارای نمره سلامت معنوی کاملاً مطلوب نبوده و تقریباً تمام سالمندان دارای وضعیت سلامت معنوی متوسط بودند. در خصوص وضعیت سلامت معنوی میانگین نمره سلامت معنوی در گروه مقیم سرای سالمندان $63/92 \pm 6/74$ و در گروه مقیم منزل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی $60/08 \pm 9/3$ بوده و سالمندان مقیم سرای سالمندان میانگین نمره سلامت معنوی بالاتری داشتند ($P=0/001$). در مطالعه انجام شده توسط جدیدی و همکاران میانگین نمره سلامت معنوی سالمندان مقیم سرای سالمندان کهریزک تهران $96/26 \pm 17/93$ بود که نسبت به مطالعه حاضر از وضعیت مطلوب تری برخوردار بوده است.^(۷)

براساس نتایج بدست آمده از این مطالعه میانگین سن سالمندان مقیم سرای سالمندان و مقیم منزل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی به ترتیب $75/38 \pm 8/9$ و $69/25 \pm 3/7$ سال بوده و سالمندانی که در سرای سالمندان بسر می بردند بطور معنی داری مسن تر بودند. مطالعات و تجربیات مختلف نیز نشان داده است سن یک عامل موثر در سکونت فرد در سرای سالمندان می باشد. در مطالعه جدیدی و همکاران که در سال ۱۳۸۹ در سرای سالمندان کهریزک انجام گرفته میانگین سن سالمندان ساکن در این اقامتگاه $72 \pm 8/64$ بوده که به میانگین سنی سالمندان مطالعه حاضر بسیار نزدیک می باشد^(۷). البته در بررسی سنی سالمندان مقیم سرای سالمندان باید به قوانین و مقررات آنها نیز توجه داشت که شرط سنی یکی از عوامل موثر پذیرش در این مرکز می باشد. در خصوص توزیع جنسی در گروه مقیم سرای سالمندان $63/5$ ٪ مرد و $36/5$ ٪ زن بوده و توزیع جنسی این گروه اختلاف آماری معنی دار داشت ولی در گروه مقیم منزل مراجعه کننده به

مراکز بهداشتی $52/4$ ٪ مرد و $47/6$ ٪ زن بوده و بر اساس نتایج آماری تفاوت آماری معنی دار نداشت.

عوامل متعددی در توزیع جنسی سالمندان در مکانهای مختلف از جمله سرای سالمندان موثر است. از عوامل موثر می توان به عوامل فرهنگی و اجتماعی اشاره نمود که در جوامع مختلف متفاوت می باشد. به عنوان مثال طبق پژوهش انجام شده تعداد مردان سرای سالمندان بیشتر از زنان می باشد. در حالی که در مطالعه Kandasamy و همکاران در هند 56 ٪ سالمندان مقیم سرای سالمندان زن بوده اند^(۱۱). در خصوص وضعیت تاهل شاید بتوان این عامل را یکی از مهمترین فاکتورها در انتقال فرد به سرای سالمندان دانست. در مطالعه کنونی $27/9$ ٪ سالمندان مقیم سرای سالمندان و $72/4$ ٪ سالمندان مقیم منزل مراجعه کننده به مراکز بهداشتی متاهل بودند. نکته قابل ذکر در مورد تاهل این است که در جوامع سنتی و اسلامی وابستگی زوجین بسیار زیاد بوده و در صورتی که هر یک از زوجین در سنین کهنسالی با مشکل و ناتوانی مواجه شود همسر وی معمولاً تمام امورات وی را انجام داده در صورتیکه در جوامع غربی زوجها کمتر زیر بار چنین مسئولیتهایی می روند.

نتایج به دست آمده نشان داد که نمره سلامت معنوی در اکثر سالمندان بالا می باشد. همچنین نمره سلامت مذهبی سالمندان نسبت به سلامت وجودی آنها بطور کلی بالاتر می باشد که می تواند ناشی از این باشد که مردم ایران بر حسب شرایط فرهنگی، مردمی مذهبی بوده و برای سازگاری با شرایط بحرانی بیشتر به مذهب روی می آورند که این نتیجه را رضایی و همکاران نیز بدست آوردند^(۱۲).

در خصوص ارتباط عامل جنس طبق نتایج بدست آمده میانگین نمره سلامت معنوی مردان و زنان سالمند تفاوت معنی دار نداشت ولی زنان سالمند ساکن سرای سالمندان نسبت به مردان از سلامت معنوی مطلوبتری برخوردار بودند. همچنین نمره سلامت معنوی زنان سالمند ساکن سرای سالمندان بطور معنی داری بالاتر از زنان سالمند مقیم منزل بود. یکی از دلایل تفاوت نمره سلامت معنوی

داد که افراد سالمند مقیم سرای سالمندان نمره سلامت معنوی مطلوبتری داشتند.

Karren و همکاران عقیده دارند که افراد جدا شده و کسانی که از ازدواج خود ناراضی هستند دچار مشکلاتی در سلامتی خود می شوند، البته این تاثیر بستگی به سن و جنسیت افراد دارد. فرد جدا شده منبع بزرگ حمایت اجتماعی خود یعنی خانواده را از دست داده است لذا گرایش به معنویت و تجربه آن می تواند در تطابق فرد موثر باشد^(۱۶). Riley و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که بعد وجودی سلامت معنوی در افراد متاهل بالاتر از افراد مجرد است که با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی دارد^(۱۷). تحقیقات دیگر نشان داد که سلامت معنوی با وضعیت تاهل نیز مرتبط است، بطوریکه افراد بیوه و مطلقه سلامت معنوی بیشتری دارند^(۱۱). با این وجود مطالعه حاضر این نتایج را تایید نکرد. در مطالعه حاضر سطح تحصیلات سالمندان در منزل با سالمندان مقیم سرای سالمندان تفاوت آماری معنی دار داشت ($P=0/001$) ولی نمره سلامت معنوی سالمندان دو گروه بر حسب سطح تحصیلات متفاوت نبود. یکی از دلایل این امر این است که در جامعه ما اکثر سالمندان مقیم سرای سالمندان افراد بیسواد یا کم سواد بوده و کمتر فردی از افراد تحصیل کرده که دارای موقعیت اجتماعی هستند در اینگونه مراکز مقیم می گردند. سالمندان مقیم سرای سالمندان که سطح تحصیلات پایین تری داشتند از سطح سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند که با نتایج یافته های Highfield هم خوانی ندارد. نتایج Highfield هیچ ارتباطی بین سطح تحصیلات بیماران مبتلا به سرطان و سلامت معنوی آنها نشان نداد^(۱۸).

وضعیت اشتغال نیز از دیگر عوامل موثر در سلامت معنوی بوده و تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه مشاهده شد و طبق نتایج افراد بازنشسته از سلامت معنوی مطلوبتری برخوردارند ($p=0/001$) که مهمترین دلیل این موضوع احساس مفید بودن و امید به زندگی بالاتر در سالمندانی می باشد که شاغل بوده و بازنشسته شده اند. یافته های

در زنان داشتن روحیه مطلوبتر و امید به زندگی بیشتر در زنان سالمند بوده و دیگر اینکه اعتقادات مذهبی در جوامع اسلامی معمولاً در زنان قوی تر از مردان است. در مطالعه Kandasamy و همکاران که در هند انجام گرفت نیز زنان از نمره سلامت معنوی مطلوبتری نسبت به مردان سالمند برخوردار بوده اند^(۱۱). در بررسی Kaczorowski بعد مذهبی سلامت معنوی در زنان مبتلا به سرطان به طور خفیف از مردان بالاتر بود اما اختلاف معنی داری مشاهده نگردید که با پژوهش حاضر همخوانی دارد^(۱۲). در خصوص ارتباط سن بین نمره سلامت معنوی و سن سالمندان ارتباط معنی داری وجود داشت و از طرف دیگر سالمندان با نمره سلامت معنوی بالا که ساکن سرای سالمندان بوده اند در مقایسه با افراد با سلامت معنوی بالا که ساکن منزل بوده اند از میانگین سنی بالاتری برخوردار بودند. نکته قابل ذکر در خصوص ارتباط سن این است که با افزایش سن میزان امید به زندگی کمتر شده و لازم است نسبت به تقویت سایر جنبه های امید به زندگی به ویژه سلامت معنوی در سالمندان اقدام نمود تا از تبعات احتمالی آن جلوگیری به عمل آید چراکه سالمندان دارای ایمان مذهبی قویتر، امید به زندگی بیشتری نسبت به دیگران دارند^(۱۳). Allen و Rowe، Kaczorowski به این نکته اشاره کرده اند که کشش به سوی معنویت به عنوان عملکرد افزایش سن محسوب می شود زیرا راهی است که توسط آن فرد با واقعیت مرگ رو به رو شده و با آن سازگاری شود^(۱۴،۱۵). همچنین رضایی و همکاران دریافتند سلامت معنوی با افزایش سن بیشتر می شود^(۹). در حالیکه در مطالعه Fernsler و همکاران بین سلامت معنوی و سن بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال ارتباطی به دست نیامد، ولی نمره سلامت معنوی در زنان بالاتر از مردان بود^(۱۵). از دیگر عوامل موثر در نمره سلامت معنوی سالمندان وضعیت تاهل بوده و افراد متاهل از سلامت معنوی مطلوبتری برخوردار بودند همچنین مقایسه بین متاهلین مقیم سرای سالمندان و متاهلین ساکن منزل نشان

سالمندان و عوامل مرتبط با آن و یا بررسی وضعیت سلامت معنوی و میزان ناتوانی سالمندان انجام شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجوی در پردیس بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد. در پایان لازم است از همکاری صمیمانه مسئولین محترم پردیس بین‌الملل، سرای سالمندان کهریزک و مراکز بهداشتی جنوب شهر تهران و سالمندان عزیزی که اطلاعات خود را در اختیار ما قرار دادند قدردانی نماییم.

این پژوهش نشان داد که سن، جنس، نوع اشتغال و محل اقامت سالمندان با سطح سلامت معنوی ارتباط دارد. لذا پیشنهاد می شود برنامه های مراقبتی کل نگر متناسب با سن و جنس و سطح تحصیلات و شغل سالمندان در نظر گرفته شود تا سطح سلامت معنوی آنان بیشتر ارتقا یابد. همچنین پیشنهاد می شود در آموزش نظری و بالینی دانشجویان پرستاری و ارشد سالمندی، دانشجویان با مقوله سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت در سالمندان آشنایی بیشتری پیدا کنند. در این پژوهش صرفاً سطح سلامت معنوی سالمندان دو گروه مقایسه شده. پیشنهاد می شود مطالعاتی در زمینه ارتباط سلامت معنوی با عوامل روانی سالمندان یا بررسی سلامت معنوی در

فهرست منابع

- 1-Abedy H.A, shahriary M, Alimohamady N. [Nursing in elderly]. Isfahan: Oroj, 2003. persian.
- 2- World Health Organization.census 2012.Available from: <http://www.webda.ir/index.aspx>.
- 3- Statistic center of Iran. Census 85. Available from: <http://www.sci-org.ir/content/userfiles/census85/natayej/maps/n-3.html/may/2006>. Accessed: Jun 12 2006.
- 4- Craven RF, Hirnle CJ. Fundamentals of Nursing: Human Health and Function. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- 5-Boivin MJ, Kirby AL, Underwood LK, Silva H. Spirituality Assessments: Limitations and Recommendations. Available from: <http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas07/Brown.htm> . Accessed 18 Jan 2013.
- 6- Corsentino EA, Collins N, Sachs-Ericsson N, Blazer DG. Religious attendance reduces cognitive decline among older women with high levels of depressive symptoms. *J Gerontol Series A*. 2009;64(12):1283-9.
- 7- Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. [The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house]. *IJN*. 2011;24(72):48-56. persian
- 8-Movaghari M, Nikbakht Nasrabadi A. [Study on quality of Spiritual care rehabilitation in inpatient elderly in mental hospitals of Tehran medical sciences university]. *Payesh*. 2003.2:121-6.persian.
- 9- Hosseini F. [Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy]. *Hayat*. 2008;14(3-4):33-40. persian
- 10- Koenig HG, George LK, Siegler IC. The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *Gerontologist*. 1988;28(3):303-10.
- 11-Kandasamy A, Chaturvedi SK, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian J Cancer*. 2011 Jan-Mar;48(1):55-9.
- 12- Kaczorowski JM. Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hosp J*. 1989;5(3-4):105-16.
- 13- Whelan-Gales MA, Quinn Griffin MT, Maloni J, Fitzpatrick JJ. Spiritual well-being, spiritual practices, and depressive symptoms among elderly patients hospitalized with acute heart failure. *Geriatric Nursing*. 2009;30(5):312-7.
- 14- Rowe MM, Allen RG. Spirituality as a means of coping with chronic illness. *Am J Health Studies*. 2003;19(1):62-6.
- 15- Fernsler JI, Klemm P, Miller MA. Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. *Cancer Nurs*. 1999;22(2):134-40.

- 16-Karren KJ. Mind/Body Health: The Effects of Attitudes, Emotions, and Relationships. 3rd ed. San Francisco: Benjamin-Cummings Publishing Company, 2006.
- 17- Riley BB, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson C, Luera G. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: Their relation to various forms of quality of life. *Arch Physic Med Rehabil.* 1998;79(3):258-64.
- 18- Highfield MF. Spiritual health of oncology patients. Nurse and patient perspectives. *Cancer Nurs.* 1992 Feb;15(1):1-8.

The Spiritual Health of Seniors Living in Sanitarium and Home Residents

Saydshohadai M.¹ MSc Heshmat Sh.² Msc Seidfatem N.³ PhD
Haghani H.⁴ MSc Mehrdad N.⁵ PhD

Abstract

Background & Aim: The phenomenon of the increasing number of old people population is one of the most important socio economic and health challenges in the 21st century. This challenge persuades the governors to consider more importance for these people's health and specially their spiritual health which is often neglected. Therefore the present study has been conducted to compare the spiritual health of seniors living in sanitarium and home residents.

Material & methods: It was a cross-sectional comparative study. The sample included 209 seniors living in sanitarium and home residents. The home residents were recruited by cluster sampling from health centers of south Tehran and the sanitarium residents were selected by convenience sampling. Data was collected using demographic sheet and Elison and Palotzin Questionnaire with two parts of religious and existential health and analyzed by T test and chi square test and ANOVA using SPSS-PC (v.18).

Results: The mean score of spiritual health of seniors living in sanitarium and home residents was 63.92 ± 6.7 and 60.08 ± 9.3 respectively. The dimensions of religious and existential health of spiritual health were significantly different between the two groups ($p=0/001$).

Conclusion: Regarding the findings of this study, considering the factors related to promotion of spiritual health of this group of society especially home residents is recommended in their care.

Keywords: Elderly People, Spiritual Health, Seniors Living in Sanitarium, Home Residents

Received: 14 Apr 2013

Accepted: 25 Jun 2013

¹ Senior Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² MS student in Medical-Surgical Nursing, International Campus, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran (*Corresponding Author). Tel:09131862341 Email:happyyyu@yahoo.com

³ Associate professor, Center for Nursing Care Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Senior Lecturer, School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁵ Assistant professor, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.